

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p align="center">Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>				Código Regional	11
					Código Centro	940410
					Fecha Elaboración	17 Diciembre de 2021
					Versión	JUNIO 2021 - 3,21
					ID de Proceso	02916-582062
				No. de documento	322147	

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		CAROLINA HINESTROZA ROJAS		C.C.	52.794.817
Correo electrónico contratista:		chinestroza@misena.edu.co		IP/N° de contacto	16003
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	82055277202
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000	NO		

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	2216717/2021	N° Compromiso SIIF	16321		
Valor Total del Contrato	\$ 40.950.000	N° Pago	11		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.210.000	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2021 Al 17/12/2021		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 2.210.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.210.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.297.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	1.297.500,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	1042324502	Valor Base retención en la fuente ICA	1.951.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 1.560.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 195.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 249.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 4.800	\$ 8.200	Reteica - 8299	18.847,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 221.000		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 432.500		VALOR A PAGAR	\$ 2.191.153,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL CIENTO CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.</p> <p>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.</p>	<p>CAROLINA HINESTROZA ROJAS EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES INSTRUCTOR G20</p>

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-12-11, 11:42:21 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2021
Empresa	CAROLINA HINESTROZA ROJAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 52794817
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1042324502
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1240987538
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 452.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 249.600	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 195.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 8.200	\$ 0
SubTotales:				\$ 452.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 452.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 17 de diciembre de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1188220550	LUCIANA AMADO HINESTROZA	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA

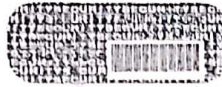
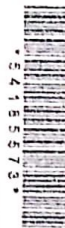
Nombre: Carolina Hinestroza Rojas

C.C. 52.794.817 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.188.220.550		REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial 54185573
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registradora ☐	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐
Inspección de Policía ☐			Código E K Z	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/n Inspección de Policía				
REGISTRADURÍA DE BOGOTÁ CLÍNICA UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA				
Datos del inscrito				
Primer Apellido AMADO		Segundo Apellido HINESTROZA		
Nombre(s) LUCIANA				
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo
Año 0 0 1 1	Mes 1 1	Día 1 1	FEMENINO	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/n Inspección de Policía)				
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.				
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos				Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO				12738180-8
Datos de la madre				
Apellidos y nombres completos HINESTROZA-ROJAS CAROLINA				
Documento de identificación (Clase y número)			Nacionalidad	
CC 52.794.817			COLOMBIA	
Datos del padre				
Apellidos y nombres completos AMADO BORRERO ALEXANDER				
Documento de identificación (Clase y número)			Nacionalidad	
CC 79.900.185			COLOMBIA	
Datos del declarante				
Apellidos y nombres completos AMADO BORRERO ALEXANDER				
Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
CC 79.900.185			Alexander Amado Borrero	
Datos primer testigo				
Apellidos y nombres completos				
Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
Datos segundo testigo				
Apellidos y nombres completos				
Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza		
Año 2 0 1 1	Mes 1 1	Día 0 6	ERIKA YANETH MARTINEZ DE LA CRUZ	
Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento		
Firma		Nombre y firma		
ESPACIO PARA NOTAS				

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, ART. 115 DCTO 1260/70 y ART. 1º DCTO 278/72. PARA ACREDITAR PARENTESCO. EXENTO DE SELLO (ART. 11 DCTO 2150/95). VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1º DCTO 2189/83)
ASOLICITUD DE: Alexander Amado c.c. 79.900.185
BOGOTÁ D.C. LOCALIDAD 13.

Ecclm: 12 MAYO-2014 REGISTRADOR - AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL TEUSAQUILLO